

(53%), quemante (27%) o eléctrica (6,6%). La frecuencia de episodios oscila desde uno a la semana hasta 10-15 al día. El tiempo medio hasta el diagnóstico en los casos publicados es de 6,8 años⁷.

Se han descrito casos con causa subyacente en prácticamente todas las neuralgias de ramo terminal. Hasta la fecha se han comunicado 24 casos de neuralgia supraorbitaria secundaria^{1,7}, 37 casos de neuralgia infraorbitaria⁸⁻¹⁰, 3 de neuralgia lacrimal, 7 de neuralgia infratroclear, un caso de neuralgia del nervio nasal externo y 2 de nervio nasal⁷. El ramo terminal con el que más descripciones de causa secundaria hay es el mentoniano¹¹.

También se han descrito 5 casos de neuralgia supratroclear secundaria: uno tras traumatismo, 2 tras cirugía oftalmológica, un caso por inflamación troclear y otro asociado a varicela³. Igual que en otras neuralgias de ramo terminal, se debe excluir una causa secundaria mediante neuroimagen y estudio analítico con marcadores de inmunidad¹².

Ninguno de los casos de neuralgia de ramo terminal craneal ha sido debido a una vasculitis, constituyendo el presente el primero descrito. El presumible mecanismo causal de la neuropatía probablemente sea la inflamación de los *vasa nervorum*^{5,6}, con compresión e isquemia. En nuestro caso, el tratamiento con bloqueo anestésico también produjo mejoría clínica duradera. Por ello, recomendamos considerar dicha opción terapéutica y tener presente la posibilidad de una vasculitis como causa potencial de una neuralgia o neuropatía de ramo terminal, fundamentalmente en pacientes con clínica sistémica acompañante.

Bibliografía

- Pareja JA, Pareja J, Yangüela J. Nummular headache, trochleitis, supraorbital neuralgia, and other epicranial headaches and neuralgia: The epicranias. *J Headache Pain*. 2003;4:125–31.
- Cortijo EL, Guerrero-Peral ÁL, Herrero-Velázquez S, Peñas-Martínez ML, Rojo-Martínez E, Mulero P, et al. Nummular headache: Clinical features and therapeutic experience in a series of 30 new cases. *Rev Neurol*. 2011;26:337–42.
- The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24 Suppl 1:9-160.
- Janis JE, Hatef DA, Hagan R, Schaub T, Liu JH, Thakar H, et al. Anatomy of the Supratrochlear Nerve: Implications for the Surgical Treatment of Migraine Headaches. *Plast Reconstr Surg*. 2013;131:743–50.
- Gwathmey KG, Burns TM, Collins MP, Dyck PJ. Vasculitic neuropathies. *Lancet Neuro*. 2014;13:67–82.
- Pérez-Beltrán CF, Garza-Zúñiga MJ, Isaías-Camacho J-O, Andrea-Carmona V, Díaz-Greene EJ, Rodríguez-Weber FL. Vasculitis y sus manifestaciones neurológicas. *Med Int Méx*. 2015;31:324–36.
- Pareja JA, López-Ruiz P, Mayo D, Villar-Quiles NR, Cárcamo A, Gutiérrez-Viedma A, et al. Supratrochlear Neuralgia: A prospective case series of 15 patients. *Headache*. 2017;57:1433–42.
- López Mesonero L, Pedraza Hueso MI, Herrero Velázquez S, Guerrero Peral AL. Neuralgia del infraorbitario: un diagnóstico a considerar en pacientes con dolor malar. *Neurología*. 2014;29:381–2.
- Jia Y, Chen Z, Ren H, Luo F. The Effectiveness and Safety of 42°C Pulsed Radiofrequency Combined with 60°C Continuous Radiofrequency for Refractory Infraorbital Neuralgia: A Prospective Study. *Pain Physician*. 2019;22:171–9.
- Beigi B, Beigi M, Niyadurupola N, Saldana M, El-Hindy N, Gupta D. Infraorbital Nerve Decompression for Infraorbital Neuralgia/Causalgia following Blowout Orbital Fractures: A Case Series. *Craniofacial Trauma Reconstr*. 2017;10:22–8.
- Smith RM, Hassan A, Robertson CE. Numb Chin Syndrome. *Curr Pain Headache Rep*. 2015;19:44.
- Pozo Rosich P, Jiménez MD, Rey A, Sánchez Ojanguren J, Viguera Romero J. Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales. En: Ezepeleta D, Pozo P, editores. *Guía oficial de práctica clínica en cefaleas*. Madrid: Ediciones Luzán; 2015.

L. Méndez de Haro^a, Á. Guerrero Peral^{b,c,d,*}
y D. García Azorín^{b,c}

^a Área Sanitaria Valladolid Este, Gerencia de Atención Primaria, Valladolid, España

^b Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^c Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

^d Departamento de Medicina, Universidad de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gueneurol@gmail.com
(Á. Guerrero Peral).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.11.002>
0213-4853/

© 2020 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Seudomeningocele: cefalea, apnea y síncope



Pseudomeningocele: Headache, apnea and syncope

Sr. Editor:

Presentamos un caso deseudomeningocele posquirúrgico que se manifestó principalmente con cefalea, apnea y síncope. Se trata de una mujer de 64 años, con antecedentes de

hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y depresión, valorada por cuadro de lumbociática secundario a hernia discal L5/S1 con compromiso de la raíz transicional S1 derecha. La falta de mejoría del cuadro algóico con tratamiento médico conservador llevó a la indicación quirúrgica en forma de microdissectomía L5/S1 derecha, que se llevó a cabo hace 24 meses, y de nuevo hace 8 meses ante la recaída sintomática y observándose en la resonancia magnética de control postoperatorio una significativa compresión residual de la raíz S1 en el receso lateral L5/S1 derecho por un resto discal calcificado. Durante la segunda cirugía se practicó nueva microdissectomía derecha con reparación



Figura 1 Resonancia magnética (T2 axial y sagital [recuadro]) muestra pseudomeningocele en el espacio subcutáneo adyacente a L5 de 7 cm de diámetro máximo con fístula a nivel L5/S1 entre el saco dural y la colección.

intraoperatoria de una durtomía incidental en el hombro radicular S1 derecho mediante parche autólogo de grasa con sellante de fibrina (Tisseel®). Dos meses tras la reintervención quirúrgica la paciente comienza con episodios de cefalea de inicio súbito, carácter lancinante, intensidad severa, holocraneal de predominio occipital bilateral con irradiación cervical, que aparece tanto en sedestación como en decúbito, y que se siguen, la mayoría de las veces, de la pérdida transitoria de la consciencia de rápida instauración, sin otros pródromos, extensión cervical, flexión de extremidades superiores, sudoración, palidez y frialdad cutánea. Tras los episodios, la recuperación de la consciencia es completa en menos de un minuto, sin confusión ni desorientación posterior. Estos eventos incrementaron progresivamente su frecuencia pasando de ser quincenales a 3 por semana. La exploración neurológica, con fondo de ojo normal, no evidenció déficits focales a reseñar, evocándose la cefalea descrita con la palpación de una colección subcutánea lumbosacra bajo la cicatriz posquirúrgica (por lo demás de aspecto saludable), sugestiva de pseudomeningocele a tensión. En el decúbito supino además de la clínica descrita, se objetivó una crisis de apnea con recuperación espontánea, sin pérdida del pulso (parada respiratoria). La nueva resonancia magnética lumbosacra posquirúrgica (fig. 1) mostró una colección de 7 cm de diámetro máximo (en sentido craneocaudal) en el espacio subcutáneo, compatible con líquido cefalorraquídeo (LCR) y con aparente origen en el receso lateral L5/S1 derecho, informándose como pseudomeningocele posquirúrgico. Se procedió a la reparación con carácter urgente del pseudomeningocele mediante identificación y sutura microquirúrgica de los bordes de la durtomía en el hombro radicular S1 derecho, transcurriendo el nuevo procedimiento quirúrgico, sin complicaciones. Tras la cirugía y durante el seguimiento ambulatorio no se presentaron

nuevos episodios clínicos similares a los descritos anteriormente.

El pseudomeningocele posquirúrgico es una colección extravasada de LCR resultado de una solución de continuidad dural persistente tras una cirugía (en nuestro caso raquídea). Su incidencia en la literatura es baja, entre el 0,068 al 2%¹. Su presentación más frecuente es la asintomática, aunque también se manifiesta como radiculopatía, dolor persistente dorsolumbar, mielopatía, infección, meningismo¹⁻³ y cefalea³⁻⁵. Algunos reportes aislados describen rigidez de decerebración¹, crisis anóxicas transitorias², síncope^{3,6}, hidrocefalia comunicante⁷ y diplopía^{8,9}. En nuestra paciente, la cefalea, acompañada de crisis de apnea y síncope de repetición se presentaba tanto en sedestación como en decúbito supino, siendo los síntomas claramente evocables durante la exploración mediante la compresión directa del pseudomeningocele. Esta última maniobra produciría flujo abrupto de LCR desde el pseudomeningocele al espacio subaracnoideo y el consecuente aumento de la presión. Por lo tanto, la hipertensión licuoral es el mecanismo que mejor explica la fisiopatología de las manifestaciones en nuestra paciente^{2,6}. También se ha implicado a la hipotensión licuoral como mecanismo de estas manifestaciones clínicas en reportes previos³⁻⁵. El tratamiento en los casos asintomáticos suele ser conservador, pero ante la presencia de síntomas como los descritos es necesario intervenir quirúrgicamente¹⁻⁵.

Bibliografía

- Rudrappa S, Govindasamy R, Tukkapuram VR, Gopal S. Lumbar pseudomeningocele presenting as decerebrate rigidity-A rare case entity. *Int J Surg Case Rep.* 2018;47:41–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.04.014>.
- Hamdan A, Saxena A, Rao G, Ivanov M. Compression of a giant pseudomeningocele causing transient anoxic seizures-a case report. *Acta Neurochir (Wien).* 2018;160:479–85, <http://dx.doi.org/10.1007/s00701-017-3446-z>.
- Marlin AE, Epstein F, Rovit R. Positional headache and syncope associated with a pseudomeningocele. *Arch Neurol.* 1980;37:736–7, <http://dx.doi.org/10.1001/archneur.1980.00500600084022>.
- De Luca GC, Garza I, Lanzino G, Watson JC. An unexpected cause of orthostatic headache: Delayed postlaminectomy pseudomeningocele. *Neurology.* 2010;74:1553, <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181dd4319>.
- Surapaneni S, Hasoon J, Orhurhu V, Viswanath O, Kaye AD, Yazdi C, et al. Presentation and Management of a Postoperative Spinal Pseudomeningocele. *Pain Ther.* 2020;9:333–5, <http://dx.doi.org/10.1007/s40122-019-00139-2>.
- Rudrappa S, Govindasamy R, Sekar A, Tukkapuram R, Vikrama A. Hydrocephalic Attack-An Uncommon Complication of Spine Surgery: A Case Series and Review of Literature. *World Neurosurg.* 2019;26:101–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wneu.2019.02.155>.
- Endriga DT, Dimar JR 2nd, Carreon LY. Communicating hydrocephalus, a long-term complication of dural tear during lumbar spine surgery. *Eur Spine J.* 2016;25:157–61, <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-015-4308-0>.
- Khurana A, Brousil J, Russo A, Evans A, Quraishi NA, Boszczyk BM. Intracranial hypotension with a sixth cranial nerve palsy subsequent to massive thoracic CSF hygroma: A rare complication.

tion of thoracic disc excision. *Eur Spine J.* 2013;22:2047–54, <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-013-2818-1>.

9. Thomas A, Shetty AP, Rajasekaran S. Abducens nerve palsy associated with pseudomeningocele after lumbar disc surgery: A case report. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012;37:E511–3, <http://dx.doi.org/10.1097/BRS.0b013e3182373b95>.

A.A. Sanabria Sanchinel^{a,*}, Y. Lin^b
y D. Rodríguez Rubio^c

^a *Servicio de Neurología, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona, España*

^b *Servicio de Neurofisiología, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona, España*

^c *Servicio de Neurocirugía, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: abelsanabria2000@yahoo.es
(A.A. Sanabria Sanchinel).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.11.008>
0213-4853/

© 2020 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).